

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 65

DES
HÉMATOMES
DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc VIGNEAU

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 7 Avril 1878, à Bazas (Gironde)



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}, Successeurs de Mougin-Rusand

3, Rue Stella, 3

1902

DES
HÉMATOMES
DE L'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 65

DES
HÉMATOMES
DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc VIGNEAU

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 7 Avril 1878, à Bazas (Gironde)



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}, Successeurs de Mougin-Rusand
3, Rue Stella, 3

—
1902



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	}	GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	}	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique	}	MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie	}	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.	}	LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe.	}	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique	}	TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	}	MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		ARLONG.
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
	}	SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE (Ch.).
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), *Président* ; M. POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;
MM. BOYER et FABRE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoignage
de ma profonde affection et de ma
sincère reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES TANTES

A MES COUSINS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine opératoire

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A M. LE DOCTEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur Agrégé à la Faculté

Chirurgien de la Charité

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BOURSIER

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Bordeaux

Chirurgien de l'Hôpital Saint-André

A la veille de franchir le seuil de cette Ecole, nous tenons à rendre un pieux hommage à la mémoire de notre Mère, enlevée trop tôt à notre filiale affection.

Les débuts, parfois si arides des études médicales, nous furent rendus agréables par les soins vigilants et l'affectueuse sollicitude de notre Père. Puisse ce modeste travail, que nous lui dédions, lui prouver notre vive reconnaissance.

Que celle qui fut notre seconde Mère soit assurée de nos sentiments profondément reconnaissants. Nous sommes heureux de rendre hommage à sa bonté et à l'inaltérable sollicitude qu'elle n'a cessé de nous prodiguer.

A nos frères, les gais compagnons de notre jeunesse, nous adressons l'expression de notre vive affection. Nous avons pu apprécier la valeur de leurs sages conseils et l'agrément de leur caractère enjoué.

M. le Professeur Agrégé A. POLLOSSON a bien voulu nous confier ce travail. Nous lui demandons toute son indulgence, car, malgré notre zèle à mener à bien cette tâche, notre inexpérience gynécologique pourrait bien avoir trahi nos efforts. Nous le remercions vivement de ses conseils et de sa bienveillance à notre égard.

M. le Professeur M. POLLOSSON a bien voulu consentir à accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait.

Nous avons été traité dans le service de M. le Professeur BOURSIER avec une amabilité toute spéciale. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude. Que ceux de nos maîtres militaires, qui nous ont témoigné de l'intérêt, soient assurés de notre sincère reconnaissance.

A M. le Docteur PACHON, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et à M. le Docteur DAVEZAC, nous sommes heureux de traduire nos sentiments de reconnaissance pour l'accueil si bienveillant qu'ils nous ont toujours ménagé.

Nous ne saurions oublier nos excellents amis, MM. BODIN, BOTTE, DOCHE, POLLIOT, dont le souvenir charmant et les bons moments passés ensemble ont jeté un rayon de soleil, dissipateur du froid et humide brouillard lyonnais. Que ceux que nous perdons comme gais compagnons de nos fugues, reçoivent l'expression émue de nos vifs regrets.

Le souvenir des relations franchement amicales que nous avons eues avec MM. ARMBRUSTER, COZE, GUILLON, LHOMME et POUTRIN restera vivement gravé dans notre mémoire.

INTRODUCTION

L'étude des hématomes de l'ovaire est restée en France totalement ignorée jusqu'à ce jour. C'est de l'Allemagne et des Etats-Unis que nous viennent la plupart des renseignements que nous avons pu recueillir. Nous nous sommes livrés, à ce point de vue, à une enquête minutieuse auprès des sommités gynécologiques de Paris, de Bordeaux, de Lille et de Toulouse et nous n'avons pu recueillir que des réponses négatives. Ce n'est pas que l'hématome de l'ovaire soit une rareté clinique, mais son diagnostic est trop souvent impossible à établir d'une manière ferme. L'observation d'un cas recueilli dans la Clinique de M. le Docteur A. POLLOSSE nous a permis d'étudier, le plus complètement que notre inexpérience en gynécologie nous le permettait, cette affection que l'on ne trouve décrite dans aucun classique français. Pour M. le Docteur POLLOSSE, les hématomes coïncideraient très fréquemment avec des fibromes utérins, ce qui contribue à obscurcir encore le tableau symptomatologique.

ÉTIOLOGIE

Variées et nombreuses sont les causes prédisposantes et les causes déterminantes des hématomes de l'ovaire.

Il est de connaissance banale que cet organe subit, à chaque période menstruelle, une double modification : une hyperhémie intense se déclare, s'accompagnant d'une tuméfaction plus ou moins notable. L'organe présente alors une légère rougeur à sa surface. On ne saurait attribuer ici cet état hyperhémique à une influence irritative, ni à une lésion mécanique.

Cet état physiologique vient-il à se modifier, par suite de certaines causes dont nous allons nous occuper, nous verrons apparaître l'hématome ovarien.

Dans deux cas on vit survenir cette affection après des fatigues éprouvées pendant la période menstruelle.

La première observation est celle de la femme d'un médecin qui, jouissant d'une excellente santé, tomba malade au moment de ses règles, pendant un voyage dans les montagnes. Cette personne avait eu deux accouchements normaux. Elle subit pendant deux ans

un traitement très sérieux ; puis elle fut opérée et l'on trouva dans l'ovaire gauche un vieil hématome de la grosseur du poing.

Le second cas s'applique à une jeune fille de 26 ans dont le début de l'affection fut attribué à la fatigue qu'éprouva cette personne en jouant au tennis pendant qu'elle avait ses règles ; neuf mois après on procéda à l'ablation de l'ovaire gauche qui contenait un vieil hématome. Les règles redevinrent abondantes dans la suite.

Martin a relevé deux fois l'apparition d'hématomes chez des jeunes femmes qui, par imprudence, avaient pris, pendant leurs règles, l'une un bain froid, l'autre un bain chaud.

Le même auteur rapporte trois cas consécutifs à un refroidissement.

Il est plus difficile d'établir nettement l'influence que peuvent exercer, sur l'apparition des hématomes ovariens, les rapports sexuels pratiqués pendant l'époque menstruelle ou au voisinage des règles. On ne peut appuyer cette notion étiologique, qui paraît pourtant fort rationnelle, que sur deux observations qui révélèrent, grâce à une colpotomie, une hyperhémie ovarienne assez prononcée. On obtint des maris l'aveu, assez peu confirmatif d'ailleurs, de rapports sexuels pratiqués peu de temps avant l'opération.

Citons encore l'hypothèse étiologique de Gottschalk, comme pouvant expliquer certains cas d'hématomes ovariens survenus à la suite de troubles hyperhémiques dans cet organe. Si, avant les règles, on pratique, pour des affections diverses, un curetage de la muqueuse

utérine, il se produira une congestion dans les ovaires, congestion qui remplacerait la congestion utérine.

Une violente et durable excitation sexuelle se trouve à l'origine de certains hématomes. Martin en rapporte cinq cas qu'il opéra et examina soigneusement. Ces personnes étaient d'ailleurs prédisposées par des affections antérieures, telles que endométrite, salpingite, périmétrie; trois de ces femmes vivaient maritalement et deux appartenaient au demi-monde. Cette excitation sexuelle, pour être efficace dans la production des hématomes, doit se produire au voisinage des règles. Le contrôle de ce facteur étiologique ne saurait reposer sur des bases solides.

Nous ne pouvons rapporter qu'un cas d'hématome survenu au sixième mois de la grossesse. On pratiqua l'extirpation de cette tumeur; l'accouchement prématuré put être évité et l'opérée accoucha à terme. L'hyperhémie et les hémorragies qui en résultent créent ainsi une prédisposition très nette.

Ajoutons certaines conditions mécaniques pouvant déterminer de l'hyperhémie ovarienne par stase circulatoire. Au point de vue expérimental, cette hyperhémie a été obtenue par Matrochin qui pratiqua des ligatures sur le mésovaire. La clinique nous fournit les rétroflexions utérines très avancées et la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Rokitansky)

Martin rapporte 26 cas (dont 14 ont subi un contrôle anatomique et 12 un contrôle clinique) où l'on doit attribuer l'apparition d'hématomes ovariens à un traumatisme chirurgical s'exerçant au moment des règles: tel que essai de réduction violente d'une déviation

utérine. traitement intempestif par les sondes et les pessaires.

On relève encore à l'étiologie de l'affection dont nous nous occupons certaines conditions pathologiques d'ordre médical. Slavjansky, Fränkel, Dopfer, Ruess ont insisté sur la fréquence des hématomes ovariens chez les malades atteintes de cardiopathies, d'affections du foie, de chlorose, de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine, de choléra surtout. F. v. Winkel rapporte des cas d'hématomes concomitants avec un empoisonnement par le phosphore ou avec des brûlures étendues de la peau produites par le pétrole. Velitz, Fehling, Orthman ont observé plusieurs fois des hématomes chez des personnes atteintes d'ostéomalacie. Virchow et Olshausen ont publié deux observations d'hématome chez des malades atteintes de scorbut. Nous insisterons maintenant sur ce fait, que les hématomes apparaissent le plus souvent chez des personnes accusant déjà des phlegmasies génitales ou pelviennes-phlegmasies aiguës ou chroniques d'état récent ou d'état ancien.

A ce point de vue, Martin classe les nombreux cas qu'il a pris le soin d'observer en deux séries. Dans la première, qui ne comprend que quinze cas, il n'a pu relever aucune affection inflammatoire antérieure à l'apparition de l'hématome. La seconde série, beaucoup plus fournie celle-là, puisqu'elle embrasse 119 cas, renferme les observations d'hématomes qui éclatèrent chez des personnes atteintes déjà de phlegmasies aiguës ou chroniques qui intéressaient la zone génitale.

Les inflammations aiguës, état récent, du système génital qui précèdent le plus souvent l'hématome de

l'ovaire, sont l'endométrite, les salpingites (purulentes dans 28 cas, séreuses dans 12 cas, hémorrhagiques dans 8 cas). Martin dans deux opérations nécessitées par une pelvi-péritonite, libéra les ovaires sains de leur capsule péritoniale. Il put assister, après guérison complète, au début de l'apparition d'hématomes ovariens que l'on attribua chez une malade à des séances d'équitation, et chez l'autre à des séances de canotage.

Quant aux phlegmasies génitales chroniques, état ancien, que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer chez les malades atteintes d'hématome ovarien, la péritonite chronique occupe une place prépondérante. Sur 119 cas observés par Martin, on n'en trouve que huit qui ne présentent pas cette affection. Sur ces huit malades, quatre étaient porteurs de myomes utérins, la cinquième était atteinte d'une chlorose intense, deux eurent de l'endométrite et une de la métrite ; le même auteur relève en outre 19 cas d'hématomes consécutifs à l'endométrite et à la métrite chronique. La péritonite chronique tuberculeuse a été observée deux fois.

L'intervention motivée par la présence d'hématomes de l'ovaire a permis de constater huit fois la présence de cystomes et trois fois de kystes parovariens.

Au cours d'opérations nécessitées par de gros myomes utérins, M. le Professeur agrégé A. Pollosson nous a avoué s'être trouvé très souvent en présence de petits hématomes de l'ovaire sur lesquels son attention ne se portait pas en ce moment. Il est convaincu de l'extrême fréquence de cette affection chez les personnes atteintes de *myomes utérins*. Martin, corroborant l'avis

de notre maître distingué, rapporte onze cas analogues.

G. V. Veit cite une observation d'hématome qui aurait apparu chez une femme dont l'utérus présentait des anomalies de développement et dont le flux menstruel était très abondant.

Dans quinze cas observés par Martin, ce fut à la suite de septicémie puerpérale qu'éclata l'hématome de l'ovaire et dans quinze autres observations, l'hématome fut consécutif à un processus blennorragique très net. Chez quatre malades on trouva avec un hématome une grossesse tubaire.

Nous devons enfin relever l'influence que peuvent exercer sur l'apparition des hématomes les actes opératoires anciens, intéressant la filière génitale. Il s'agissait, dans deux cas, d'hématomes qui avaient subsisté, chez une femme de 31 ans et chez une autre de 34 ans, à une hystérectomie partielle. La première tomba malade 25 mois après l'hérectomie vaginale : l'hématome semblait s'être développé tout à fait en arrière. Il apparut chez l'autre en 1889, 32 mois après l'opération. Il était également en arrière : la malade continue à jouir d'une bonne santé. Chez ces deux femmes il faut admettre, comme cause occasionnelle du moins, un trauma conjugal.

Dans huit cas où l'ovariotomie unilatérale avait été pratiquée soit par E. Martin, soit par Schroder, soit par A. Martin on vit apparaître ultérieurement un hématome dans l'ovaire qu'avait respecté le bistouri.

Il resterait maintenant à discuter l'influence favorisante du trauma chirurgical et on pourrait se demander si ce n'est pas la même cause qui a nécessité ces interven-

tions diverses qui pourrait être incriminée de l'apparition de l'hématome. Nous ne saurions conclure ni pour un parti ni pour l'autre

Dans les 132 cas d'hématome recueillis par Martin, l'âge des malades varie entre 18 et 52 ans. Il est naturel de conclure que cette affection ne saurait apparaître que durant le cours de la vie génitale de la femme.

Parmi ces malades, 22 seulement n'étaient pas mariées, mais dans ce nombre plusieurs n'étaient plus vierges. Huit virent leurs règles apparaître à 12 ans — 15 à 13 ans — 6 à 7 ans — 7 à 18 ans — 3 à 9 ans — une à 21 ans — deux à 22 ans et les autres furent réglées entre 14 et 16 ans.

L'apparition du phénomène menstruel chez 31 de ces malades avait été accompagnée, d'après leur dire, d'un écoulement très abondant ayant produit une douleur plus ou moins vive.

Quant au siège de l'hématome, il était situé 47 fois à droite et 55 fois à gauche ; il occupait une position bilatérale dans 32 cas.

Une des idées les plus nettes qui doit ressortir de cet ensemble de conditions étiologiques, c'est l'apparition de ces divers facteurs à l'époque menstruelle ou à une période très voisine des règles.

Les nombreux cas d'hématome de l'ovaire observés en Allemagne et ceux que nous avons pu recueillir nous permettent d'affirmer malgré le silence que gardent sur ce sujet les traités spéciaux, la fréquence relative de cette affection. Nous croyons pouvoir expliquer ce silence en répétant que les hématomes de l'ovaire n'apparaissent le plus souvent que chez les femmes souf-

frant déjà d'affections génitales. L'hématome survient alors d'une manière frustre et n'attire l'attention que lorsqu'il a acquis un certain développement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'état pathologique de réplétion des vaisseaux de l'ovaire présente un aspect à peu près identique, qu'il apparaisse par suite d'engorgement dans des affections atteignant d'autres organes, qu'il résulte d'une cause mécanique (brûlures, empoisonnements, maladies infectieuses aiguës), ou qu'il soit la conséquence de l'hyperhémie menstruelle normale. L'ovaire subit alors une tuméfaction plus ou moins perceptible, qui s'accompagne de rougeur.

Si l'engorgement est considérable, il peut survenir une violente transvasation séreuse qui produit l'œdème de l'ovaire : tel est le cas intéressant rapporté par Singer. L'organe était littéralement noyé dans un exsudat séreux résultant de la rupture de la veine ovarienne. Geyl cite un cas absolument identique.

Cette stase peut, si elle est durable, déterminer des dilatations variqueuses de la veine ovarienne pouvant aller jusqu'à sa rupture, comme dans le cas que décrit Höring, où la mort dut être attribuée, chez une femme

de 41 ans, à la rupture dans l'ovaire gauche d'une veine variqueuse.

On a observé plusieurs fois, dans des cas d'ostéomalacie, une hyperhémie assez intense qui résultait d'une hyperplasie vasculaire. Fehling attira le premier l'attention sur ces faits, puis d'autres auteurs : tels que Velits, Orthmann, Rossir, Donat, Katau, Heyse, Schottländer ont insisté sur cette particularité. On observe surtout cette turgescence et cette hyperplasie vasculaire dans la substance médullaire de l'ovaire et dans la région du hile. Les vaisseaux sont tellement serrés les uns contre les autres que l'on éprouve de la difficulté à reconnaître le tissu interstitiel. Leurs parois sont épaissies la plupart du temps surtout dans les tuniques moyennes et adventice. En certains points, on trouve à côté de ces modifications une dégénérescence hyaline très avancée. On rencontre la description de lésions semblables dans les angiodystrophies ovariennes que Schottländer a fait connaître et qui ont été décrites récemment par Bullins et Kvetschmar comme formant des affections spéciales.

L'hyperhémie entraînerait encore pour Klob comme complication l'hyperplasie de l'ovaire, la dégénérescence kystique des follicules et la production d'hémorragie.

Virchow trouve une ressemblance absolue entre les phénomènes prémonitoires de la menstruation et les altérations ovariennes produites par le choléra : il existerait dans cette affection pour cet auteur une pseudomenstruation. L'autopsie de femme morte de choléra lui permit de constater que les follicules ovariens venaient d'éclater et avaient ainsi occasionné une hémor-

ragie. Il trouva l'utérus assez tuméfié et la muqueuse très hyperhémisée. Les ovaires semblaient être couverts de taches et présentaient une teinte pourpre. Chez d'autres malades ayant succombé dans des épidémies de choléra, Slavjaknsy, Tippakoff, Rusi, Tränkel et Klautsch firent les mêmes constatations. Tränkel trouva comme phénomène concomitant, dans 62 p. 100 des cas de choléra avec hémorragies utérines, des hémorragies multiples dans le tissu ovarien, les unes circonscrites, les autres avec infiltration dans le parenchyme. Dans un cas l'ovaire était complètement transformé en une tumeur grosse comme le poing résultant d'un assez fort épanchement : on trouva en même temps un hématome assez volumineux dans la paroi musculaire de l'utérus. On pourrait citer d'autres cas semblables dont quelques-uns, qui appartiennent à Klautsch ont subi le contrôle de l'examen microscopique.

Dans tous les cas d'ovarite parenchymateuse folliculaire avancée, on a été frappé par l'hyperhémie généralisée à tout l'organe et par la présence en certains endroits, surtout autour des follicules malades, de petits extravasats capillaires qui avaient envahi le tissu interstitiel. Dans un cas en particulier, l'ovaire contenait deux corpus luteum, l'un de la grosseur d'une noisette, l'autre de la grosseur d'un pois ; ils étaient situés dans le tissu néo-formé et avaient subi par le fait de nouvelles hémorragies une assez forte distension. Le sang était de couleur rouille et même chocolat, si l'on veut ; il renfermait des détritits de pigment contenant du fer qui affectait une forme de petits grains. On constate d'ailleurs de pareilles altérations dans toutes les maladies infectieuses aiguës.

Dopfer et Hoelscher ont constaté de l'œdème des ovaires dans un cas de typhus abdominal.

Dans un cas de Winkel, une hémorragie développée surtout dans les follicules fut consécutive à des brûlures par le pétrole et à un empoisonnement par le phosphore. Chez une jeune fille de 17 ans, morte à la suite de brûlures par le pétrole, Winkel trouva quinze petites cavités, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois ; elles étaient remplies les unes de sang liquide, les autres de sang coagulé. On ne put constater de rupture folliculaire ni d'épanchement sanguin dans le stroma ovarien.

En ce qui concerne spécialement les hémorragies de l'ovaire consécutives à l'hyperhémie de cet organe, nous considérerons trois formes différentes. L'hémorragie folliculaire est la forme la plus fréquente, puis vient l'hémorragie dans l'intérieur du corpus luteum ; enfin — et c'est assurément la forme la plus rare — l'hémorragie dans le stroma ovarien, l'hémorragie parenchymateuse. Koll signale cette dernière forme comme constituant au sens propre du mot l'apoplexie de l'ovaire.

Ces trois formes peuvent apparaître isolément ou simultanément sur la même personne. C'est dans les ovaires qui ont déjà subi la dégénérescence kystique que l'on observe le plus souvent les hémorragies.

L'éclatement des follicules hémorragiques ne se produit pathologiquement que par l'abondance de cette hémorragie dans un follicule fermé : le sang épanché détermine ainsi une distension de la poche. L'époque menstruelle est naturellement la circonstance la plus favorisante ; cette hémorragie peut néanmoins survenir

à d'autres moments, d'autres causes pouvant alors être invoquées. A ces cas se rattachent encore les follicules sanguins dont parle Léopold; ils sont certainement de nature pathologique, comme l'établissent les figures et les descriptions qu'a laissées cet auteur. Malheureusement l'examen microscopique n'a pas été fait dans ces cas. Il faut cependant ajouter que l'hémorragie ne se produit pas dans les follicules fermés. Ces follicules variaient, comme dimension, de la grosseur d'un pois à celle d'une petite noix, mais, dans certains cas particuliers, pouvaient atteindre le volume d'un poing ou même celui d'une tête d'homme. L'ovaire tout entier subit lui aussi naturellement une augmentation de volume. Si les hémorragies folliculaires sont multiples, l'ovaire présente une surface irrégulière, bosselée et chacune de ces saillies offre un aspect bleuâtre dû à la présence du contenu sanguin. A la coupe, les follicules sont gorgés, les uns de sang liquide, les autres de sang coagulé. La couleur du contenu sanguin varie. Suivant l'état de fraîcheur, la teinte va du rouge plus ou moins foncé jusqu'au brun sale. Ces couleurs diverses peuvent aussi, par suite des hémorragies périodiques, être attribuées au flux menstruel (Sænger).

Il se forme en outre un dépôt de fibrine qui se transforme en une bouillie couleur rouille, ou, suivant la description de Kolb, en une masse rappelant par son aspect les framboises. Parfois deux ou plusieurs follicules communiquent entre eux et, par suite de cette augmentation de la masse sanguine, le tissu interstitiel disparaît peu à peu. Le développement d'un seul follicule peut atteindre de telles proportions, à la suite d'une hémor-

ragie, qu'il envahit tout l'ovaire. Au point de vue de l'épaisseur de la paroi, on note de grandes variétés; le plus souvent cette épaisseur est tout à fait irrégulière. Elle atteint au moins de 0,5 à 0,3 millim. dans une tumeur folliculaire assez considérable. A la coupe, on aperçoit des reliquats de tissu ovarien normal. Quand un follicule se vide, la paroi s'affaisse et sa surface prend un aspect ridé ou cicatrisé. Elle atteint parfois l'épaisseur d'une feuille de papier. Souvent sa surface interne est recouverte de néo-productions, d'autres fois elle est lisse. quelquefois enfin elle présente un aspect tomenteux avec des brides et des portions arrachées, ce qui lui donne une couleur brun-rouge, couleur que l'on observe sur une assez grande épaisseur de la paroi. Si les follicules n'ont pas atteint un trop fort développement, on constate la présence d'un bord jaune qui provient de la dégénérescence graisseuse de l'épithélium du follicule.

Pour Orth, la distension résultant de l'épanchement de sang dans le follicule fermé ne pourrait produire une tumeur dépassant le volume d'une noix ou même d'un poing. Passé ces dimensions, il s'agirait pour lui d'hémorragies éclatant dans des kystes qui existaient auparavant.

Gottschalk a émis une hypothèse d'après laquelle il existerait une hémorragie folliculaire vicariante quand la menstruation ne se produit pas à la suite d'une irritation énergique de la muqueuse utérine; on a alors une menstruation ovarienne.

Quant aux conséquences et à la terminaison des hémorragies folliculaires, il est évident que lorsque le

follicule mûr ne s'ouvre pas, l'œuf ne saurait que mourir. Après un assez long temps, lorsque ce contenu sanguin ne s'est pas fait issue au dehors, il s'épaissit de plus en plus et peut être résorbé en grande partie. Les parois se désagrègent et il se forme une couche de tissu conjonctif qui prend une teinte claire, pigmentée. Les parois peuvent également disparaître avec un accroissement de volume de l'hématome. La rupture de la poche se produit assez souvent dans la cavité péritonéale, donnant lieu à une hémorragie mortelle avec formation d'hématocèle consécutive : tels sont les cas rapportés par Scanzoni, Penny et d'autres auteurs.

D'autres auteurs, tels que Tabryce, Wiglesworth, Boldt, etc., ont vu éclater dans ce cas des péritonites mortelles que l'on pouvait évidemment attribuer à une infection secondaire de l'hématome. Un assez grand nombre d'observations, et en particulier celles de Crempin, ont permis d'étudier le mode d'infection d'un hématome folliculaire par la présence de microbes pyogènes.

On observe encore assez fréquemment, consécutive-ment à des inflammations antérieures des organes voisins et recouvrant la surface des ovaires hypertrophiés par des hématomes folliculaires, des adhérences unissant intimément le péritoine pelvien et la périphérie de l'ovaire. Il est au point de vue anatomique très difficile de déterminer si ces inflammations antérieures sont primitives ou secondaires. Pour Olshæusen, on pourrait trouver une relation entre les hémorragies folliculaires et la dégénérescence kystique. Pour notre compte, nous avons constaté l'existence d'antécédents analogues dans des affections d'autres organes, ainsi par exemple dans

la transformation des kystes de la trompe hémorragique en kystes séreux. C'est encore l'opinion de Birch et d'Hirschfeld.

II. — La seconde variété d'hémorragie ovarienne se produit à la suite d'hémorragie du corpus lateum. Les observations en sont encore aujourd'hui assez rares. Nagen et Froenkel ont les premiers attiré l'attention sur le développement des kystes du corpus lateum. Si, après l'éclatement d'un follicule, la transformation régressive de la paroi persiste, il se produit de nouvelles hémorragies : le processus peut même aboutir à la destruction complète des corps jaunes. Mais dans la majorité des cas il se forme un nouveau corps jaune autour du sang épanché et c'est suivant ce mode que s'effectueraient pour Rokitansky le dédoublement des corps jaunes.

Ces hémorragies secondaires des corps jaunes peuvent atteindre un très grand développement. Pilliet leur attribue une importance toute particulière ; pour cet auteur, ces kystes sanguins se développeraient dans les corps jaunes surtout à la suite des ovarites chroniques (ovariste scléro-kystique). Après cet auteur, les travaux de Robin, de Rollin, de Dolivis et de Petit ont attiré l'attention sur cette variété hémorragique. Pilliet a pu en donner quatre cas.

Par suite de ce processus de sclérose, la reconstitution du follicule ouvert devient très difficile et il se produit de nouvelles hémorragies résultant du défaut de rétraction des tissus voisins. Le corps jaune se tuméfie à nouveau et devient le siège d'un second kyste sanguin.

La distension de cet hématome du corps jaune peut lui faire atteindre le volume d'une tête d'enfant. Quant au contenu, il ne diffère pas de celui de l'hématome folliculaire. Vue en coupe, la paroi est assez caractéristique. La face interne est épaissie, présentant en certains points des plis rappelant les vagues avec de petites élevures produites par des hémorragies. Cette couche se détache assez facilement et présente en certains points un aspect granuleux. Elle doit sa couleur rouge brun sombre à la substance colorante du sang dont elle est imprégnée. Lui faisant suite, on trouve un tissu qui, macroscopiquement, ressemble à la tunique externe fibreuse.

Dans cette variété d'hématomes, il peut se produire des hémorragies dans le tissu ovarien lui-même. C'est ainsi que Dovan rapporte un cas d'apoplexie ovarienne chez une femme de 34 ans : on trouva une cavité hémorragique dans le stroma ovarien qui correspondait à un corps jaune gorgé de sang.

Comme l'on peut le prévoir ces hématomes des corps jaunes, contrairement aux hématomes folliculaires qui peuvent être répandus dans tout l'ovaire, sont situés la plupart du temps à la périphérie et même à l'un des deux pôles de l'ovaire.

Quelques auteurs américains, tels que Mary, Dickson, Johnes, Foister, Boldt et tout récemment Heitzmann, ont donné une étiologie bizarre aux hématomes des corps jaunes. Ainsi pour Foister les hématomes proprement dits du corpus luteum n'apparaîtraient qu'au début de la grossesse. En dehors de cette circonstance les corps jaunes seraient animés d'une certaine mobilité dans l'intérieur de l'endothélium (gyrome) et donneraient

lieu à des angiomes et non à des hématomes. Rohé a rejeté avec raison cette opinion.

Ce n'est que très rarement que l'on observe dans l'ovaire la vraie apoplexie ovarienne (Klob.), l'hémorragie dans le stroma. Précédant cette hémorragie, on note une hyperhémie considérable des vaisseaux ovariens qui peut aussi bien être primitive que secondaire. On constate assez fréquemment ces hémorragies au cours des interventions chirurgicales et des dissections anatomiques; elles sont susceptibles de se résorber rapidement pendant la vie. De petits noyaux, insignifiants au début, elles arrivent à envahir tout l'organe, désorganisant le tissu conjonctif comprimant les follicules et se réunissant pour former des amas sanguins plus considérables : l'ovaire présente ainsi l'aspect d'une éponge pleine de sang. Holshaüsen a observé des cas analogues chez des personnes atteintes de scorbut. Schultze et Virchow rapportent deux observations relevées sur des filles mort-nées; on releva chez l'une l'obstruction par une sorte de bouchon des veines ovariennes. De pareilles hémorragies interstitielles ne sauraient avoir lieu sans produire des modifications profondes dans la structure du parenchyme; le contenu qui est d'un brun sale et présente l'aspect d'une purée est formé aux dépens de l'albuginée et persiste longtemps. Dans un pareil effondrement anatomique on éprouve de grandes difficultés à découvrir le foyer initial de l'hémorragie, ces cas ne prêtant que rarement à un examen microscopique.

Riesel a publié une observation très intéressante d'apoplexie ovarienne chez un sujet nouveau-né : c'était un hématome qui avait envahi tout l'ovaire gauche et n'était

tapissé que par l'albuginée. Ne pouvant trouver de traces d'épithélium. Riedel conclut à une hémorragie qui aurait inondé des kystes ou à une hémorragie folliculaire. Le facteur étiologique résidait dans un engorgement veineux résultant d'un prolapsus assez avancé, apparu pendant la grossesse, le tout ayant exercé son action sur la circulation fœtale.

D'après Stratz, les vraies hémorragies ovariennes sont situées entre le parenchyme et le stroma périphérique. Quant aux hémorragies qui résultent de l'éclatement des follicules adultes, leur point de départ siège dans une couche assez épaisse, pourvue d'une paroi mince et riche en cavités vasculaires, située entre la couche fibreuse et la couche interne.

Klebs, Birchirschfeld et beaucoup d'autres auteurs prétendent qu'une infiltration hémorragique du stroma ovarien présente des rapports intimes avec l'hémorragie folliculaire, surtout à l'époque menstruelle.

On observe encore dans les torsions du pédicule des variétés infinies d'hémorragies. Erführt rapporte un cas de ce genre ; la torsion du pédicule avait été produite par une tumeur kystique qui siégeait à côté. Dans une opération faite par A. Martin on put établir que la torsion peut se produire dans un ovaire non hypertrophié : l'ovaire avait peut-être subi un accroissement de volume dû à une périovarite. Le tissu ovarien était complètement détruit, à la suite d'hémorragies répétées ayant occasionné une grande distension de l'organe. La torsion siégeait alors dans le mésovaire. De la grosseur d'un petit poing, l'ovaire présentait une consistance résistante. A la coupe, l'organe était légèrement injecté de taches

jaunes et rouges. La portion interne présentait quelques corps fibreux et des reliquats de tissu ovarien.

Citons, pour terminer, deux observations uniques de Gottschalk et de Marckwald. Dans le cas de Gottschalk il s'agissait d'une transformation caverneuse résultant probablement d'hémorragies utérines abondantes. Les ovaires de volume double présentaient une teinte bleu rouge très accusée. A la coupe, il s'écoula un sang rouge sombre. On apercevait de petites cavités vides, longues, en forme de fissures ; leur dimension était celle d'un petit pois. Examinées au microscope, elles n'étaient autre que des capillaires très dilatés et extrêmement nombreux. Marckwald trouva, chez une malade de 22 ans, une tumeur du volume d'une noix. On constata à la coupe, l'existence d'une petite cavité de la grosseur d'une noisette avec un contenu rouge sombre. A l'examen microscopique, on aperçut une infinité de vaisseaux de néo-formation qui venaient de cavités plus ou moins grandes. Marckwald croit que dans ce cas il s'agissait uniquement d'un processus néo-formatif et posa le diagnostic d'angiome caverneux.

ÉTUDE MICROSCOPIQUE

L'hyperhémie de l'ovaire résulte surtout de l'état des vaisseaux du hile et de ses branches qui desservent la substance médullaire qui est, dans ce cas, gorgée de sang. La lumière des vaisseaux subit un agrandissement qui s'accompagne d'un accroissement d'épaisseur de la paroi. En même temps se forment de nouveaux vaisseaux; c'est ce qui donne à la coupe de l'ovaire cet aspect cribiforme. Ce n'est que dans des cas très rares que l'organe semble avoir subi une transformation caverneuse.

Parfois, surtout dans l'hyperhémie rattachée à l'ostéomalacie, on observe des métamorphoses régressives et, en particulier des dégénérescences hyalines des couches moyenne et adventice. Sous l'influence de certains faits il se produit des extravasats sanguins dans le tissu ovarien et une hémorragie véritable. Elle siègerait plus volontiers dans la substance médullaire, puis à la périphérie des follicules les plus développés et surtout dans la tunique interne.

Isolées, ces hémorragies sont très rares ; le plus souvent elles éclatent en même temps qu'un hématome ou que de grosses hémorragies dans les follicules, les corps jaunes.

Le contenu, moitié liquide, moitié coagulé, est constitué par de petites parties rouges et de petits amas détachés de fibrine, de globules blancs et de cellules épithéliales dégénérées. Plus tard on trouve des débris de fibrine moléculaire, des reliquats de pigment corné, des cristaux de sang, parfois aussi des tablettes de cholestérine.

La structure des parois est tout à fait caractéristique. Dans les hématomes folliculaires, la surface intérieure est encore tapissée d'un épithélium. On voit encore en certains points, dans des hématomes plus petits, une disposition stratifiée ; si l'hématome atteint un volume supérieur, l'épithélium n'a plus qu'une couche.

Cet épithélium présente des formes assez différentes. Le plus souvent cylindrique, il peut affecter le type fusiforme et ressembler à un endothélium. Il est de préférence bas, petit, cylindrique ou cubique. Parfois il est détaché par sa base ou peut même disparaître complètement.

A cette paroi épithéliale fait suite la tunique lâche propre ou interne ; elle est riche en vaisseaux capillaires gorgés de sang. Les hémorrhagies assez considérables ne sont pas rares dans l'intérieur de ce tissu conjonctif lâche. Puis vient la tunique fibreuse qui est plus rigide.

L'épaisseur de la paroi est proportionnelle au volume de l'hématome : plus celui-ci est petit, plus la paroi est

épaisse ; plus l'hématome est développé, plus la paroi est mince.

Si l'ovaire arrive à être complètement résorbé par l'hématome, la paroi atteindra une minceur extraordinaire. Cette paroi ne sera plus constituée que par une couche épithéliale assez mince doublée d'une fine enveloppe formée par du tissu conjonctif fibrillaire. On peut apercevoir la lumière de quelques vaisseaux éparpillés, mais il n'y a plus trace de tissu ovarien proprement dit.

Les hématomes du corpus lutéum, offrent déjà à l'examen macroscopique, une différence remarquable qui réside dans une plus grande épaisseur de la paroi. La membrane plissée si spéciale aux corps jaunes, résiste aux hémorragies successives et fournit une indication précieuse pour reconnaître sûrement cette variété.

Nous basant sur la structure microscopique de la paroi des hématomes, nous distinguerons deux formes d'hématomes ; les hématomes dépourvus d'épithélium et les hématomes qui en possèdent un.

Les premiers présentent à leur paroi interne une couche de fibrine plus ou moins riche en cellules. Cette couche est formée d'un réseau de filaments entrecroisés dans les mailles duquel on trouve de petits globules sanguins blancs et rouges, des leucocytes, des cellules du tissu conjonctif jeune affectant le type fuso-cellulaire, enfin quelques cellules géantes. Cette couche de fibrine est fortement appliquée contre la paroi. Les éléments du tissu conjonctif varient suivant la grosseur et l'âge de l'hématome ; leur force de résistance est très grande,

puisqu'on les retrouve en grand nombre dans les hématomes très volumineux et ils sont dans un état de conservation parfait malgré la compression violente qui s'exerce sur eux. On les reconnaît assez facilement à leur forme ronde ou cubique, présentant une certaine analogie avec les épithéliums plats. Leur noyau est rond et occupe le centre de la cellule. Leur protoplasma est imprégné de pigment sanguin.

A côté de ces cellules ordinaires du tissu conjonctif, qui sont mononucléaires on trouve des éléments à un, deux, trois noyaux et même davantage. Ces cellules sont plus volumineuses et présentent ainsi quelquefois l'aspect de cellules géantes avec leur noyau central.

Cette paroi fibrillaire de tissu conjonctif possède souvent, au sein de foyers hémorragiques de nombreux vaisseaux, les uns d'un calibre très restreint, d'autres plus volumineux.

La tunique externe ou fibreuse adhère fortement à la précédente ; elle est constituée par des faisceaux rigides de tissu conjonctif et attire souvent l'attention par sa richesse vasculaire.

Les hématomes des corps jaunes possèdent souvent un épithélium. Le plus souvent ce sont des hématomes doubles atteignant des dimensions variables et pouvant acquérir le volume d'une tête d'enfant. Ici les cellules de la paroi interne sont tapissées par une couche d'épithélium stratifié qui remplace les stratifications fibrineuses que nous avons vues plus haut. De forme le plus souvent cylindrique, parfois cubique, cet épithélium présente, en certains points, les mêmes caractères que l'épithélium plat. La membrane de revêtement située sous l'épithé-

lium, est plus ou moins fortement plissée ; elle offre par places une structure papillaire et permet d'apercevoir nettement des cellules pigmentaires séparées les unes des autres par un réseau assez développé de capillaires gorgés de sang. Ces cellules épithéliales peuvent disparaître dans les vieux hématomes et sont remplacées par une couche de tissu conjonctif qui est toujours plissé. Puis, lui faisant suite, on trouve la tunique fibreuse, qui est également très richement vascularisée et dont les vaisseaux affectent une disposition concentrique. On pourrait croire ainsi que les grandes cellules du tissu conjonctif sont comprises dans les végétations : ce qu'on expliquerait par l'irritation qui résulterait d'une longue hémorragie. Mais on n'a pas de raisons suffisantes pour admettre avec Mary Dickson Johnes, Förster, etc..., le développement d'un endothéliome ou d'un gyrome, n'aboutissant que secondairement à la formation d'un hématome. Les descriptions et les figures qu'ont publiées ces auteurs ne sauraient nous faire admettre une pareille évolution.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La symptomatologie des hématomes ovariens est, dans le plus grand nombre des cas, très peu accusée et ne permet pas d'arriver à un diagnostic suffisamment affirmé. Lorsqu'en effet l'hémorragie intra-ovarienne apparaît comme une complication dans un cas de torsion du pédicule, d'un ovaire kystique ou encore comme une complication de la congestion ovarienne qui souvent accompagne des fibromes volumineux, dans ces cas il est évident que l'hémorragie intra-ovarienne ne se traduira que par quelques symptômes douloureux incapables d'être interprétés d'une façon précise.

Dans d'autres cas, l'hémorragie ovarienne apparaîtra dans des conditions d'intégrité relative des organes génitaux et, en outre des symptômes subjectifs ressentis par la malade, le chirurgien pourra constater une tuméfaction locale d'un ou des deux ovaires et l'on pourra interpréter d'une façon plus ou moins précise cette tuméfaction péri-utérine.

Les symptômes subjectifs ressentis par la malade

sont en général peu accusés et consistent dans une douleur localisée au siège de l'ovaire avec les irradiations classiques connues surtout à propos des inflammations de cet organe. Cette sensation douloureuse a peut-être, comme caractère dominant, la brusquerie de son apparition. Il importe aussi de se rappeler que ce début survient le plus souvent pendant la période menstruelle.

D'une façon générale, l'hémorragie ovarienne ne s'accompagne pas des signes généraux d'hémorragie et la femme ne présente aucun symptôme d'anémie aiguë, sauf dans les cas exceptionnels où le foyer primitif de l'hémorragie s'est rompu et où un abondant épanchement de sang a lieu dans la cavité péritonéale. Dans ces cas exceptionnels, la symptomatologie rappellera les accidents analogues mais beaucoup plus fréquents que l'on observe dans les hématoécèles ayant pour origine la rupture d'une grossesse tubaire.

Notons encore l'absence de phénomènes fébriles qui est la règle dans le cas d'hématome de l'ovaire et qui, dans une certaine limite, permettra de rejeter l'hypothèse d'une affection inflammatoire des annexes. Il ne faudra pas, à cet égard, être absolu, car nous savons combien souvent les suppurations localisées des trompes ou des ovaires peuvent évoluer sans élévation thermique.

Les symptômes objectifs seront fournis par le palper et par le toucher combinés. Nous savons, par l'étude anatomo-pathologique que nous avons faite, que les hématomes de l'ovaire sont en général de volume moyen, atteignant celui d'un citron ou d'une mandarine. On constatera donc la présence d'une tuméfaction latéro-utérine du volume indiqué.

La grosseur siègera latéralement par rapport à l'utérus, plus souvent en arrière, entraînée par son poids dans le Douglas. Dans certains cas, nous le savons, la lésion peut être bi-latérale.

Ces hématomes de volume peu considérable se révéleront à l'examen avec une consistance mollassse, quelquefois plus ferme et presque dure; jamais il n'y a de fluctuation vraie. On cherchera à différencier le siège ovarien de la tuméfaction du siège possible dans une trompe. C'est surtout la sensibilité plus vive de l'organe exploré qui fera pencher notre esprit vers une lésion ovarienne.

Dans certains cas, l'hématome occupant seulement une partie de l'ovaire, on pourra en un point reconnaître le reste de l'ovaire comme une saillie peu volumineuse et la femme indiquera la sensibilité très particulière que réveille en ce point la pression du doigt.

Quand on aura constaté objectivement par l'examen l'hématome de l'ovaire, le plus souvent le diagnostic exact ne sera pas porté et c'est aux lésions plus communes que l'on pensera tout d'abord. Si la tuméfaction est douloureuse, on pensera aux ovarites ou aux salpingites plus communément observées. Si la douleur est moindre, on songera aux lésions chroniques des annexes, à la tuberculose par exemple. Enfin, si la tuméfaction de date ancienne est indolore, on pourra songer au développement d'un kyste ou d'un néoplasme de l'ovaire.

Le diagnostic ne pourra donc être porté avec un certain degré de probabilité que dans les cas exceptionnels où la constatation de la lésion est faite alors que la

symptomatologie subjective concorde avec l'hypothèse d'une hémorragie.

Si, par exemple, une femme dont on avait antérieurement constaté l'intégrité de l'utérus et des annexes, présente brusquement, en l'absence de fièvre et d'éléments infectieux, une tuméfaction brusque d'un ovaire — le diagnostic d'hématome de l'ovaire s'imposerait. Mais, le plus souvent, l'histoire de la malade est moins nette ou les constatations sont faites à une phase éloignée du début. Le diagnostic ne pourra alors jamais être affirmé — on pourra seulement le soupçonner et formuler le diagnostic hypothétique d'un hématome qui ne sera démontré que par l'intervention et surtout par la laparotomie.

PRONOSTIC

Au point de vue vital, le pronostic de l'hématome de l'ovaire est en général favorable.

Ce n'est, en effet, que dans des cas très rares qu'ont rapporté Scanzoni, Penny et Hannecart que l'on peut songer à un danger menaçant la vie de la femme, par suite de la production d'un hématocele. Nous tenons à dire bien haut que ce danger ne se présente que très exceptionnellement.

Le pronostic fonctionnel doit malheureusement être posé d'une manière plus réservée. On a noté fréquemment, comme conséquences fâcheuses de l'hématome ovarien, la stérilité, l'atrophie des follicules, une ménopause précoce.

Nous n'avons pu trouver ni dans les traités spéciaux, ni dans les observations que nous avons recueillies un fondement sérieux à l'hypothèse émise par Olshausen en 1886. Cet auteur soutenait que les hématomes folliculaires formaient le point de départ d'une transformation dure et kystique des ovaires.

On peut affirmer que l'hématome de l'ovaire se termine presque toujours par la guérison. En effet sur vingt-sept malades où le traitement avait amené une guérison complète, on ne dut intervenir chirurgicalement que chez une. L'hématome dans ce cas unique avait diminué de la grosseur d'un œuf d'autruche à la grosseur du poing, sans toutefois se terminer après un traitement de plusieurs années par une résolution totale.

Nous devons ajouter que si ce retour *ad integrum* ne se produit pas, il se développe un état sérieux qu'aucune thérapeutique ne peut conjurer. Ce sont des troubles nutritifs de voisinage qui établissent des adhérences avec le péritoine ou produisent des exsudats abondants. La rupture de ces adhérences et la résorption de ces exsudats, consécutive aux mouvements de l'intestin ou au déplacement des organes génitaux, se produisent quelquefois, entraînant toutes leurs conséquences typiques : atrophie, infiltration dans les organes de voisinage, fièvre de résorption.

TRAITEMENT

On peut parler de traitement préventif des hémorragies de l'ovaire à la condition de se contenter de généralités très banales. C'est ainsi que, pendant les périodes menstruelles, on devra recommander aux jeunes femmes d'éviter les fatigues physiques, les grandes marches, bien entendu, les traumatismes et surtout le traumatisme physiologique : les rapports sexuels. Ces mêmes précautions doivent être recommandées semblablement dans les jours qui précèdent et qui suivent la période des règles.

En dehors de la période menstruelle, il semble bien que les abus génitaux doivent être proscrits ; mais nous doutons que notre recommandation produise un effet quelconque. Toutefois, il importerait — peut-être avec quelque chance d'être écouté — de déconseiller les rapports sexuels dans la convalescence des affections inflammatoires des annexes ; la congestion physiologique dans ces cas serait capable de provoquer des hémorragies.

Supposons maintenant l'hématome constitué. Si le diagnostic est fait, on devra désirer la résorption spontanée de l'épanchement et se contenter, par conséquent, du repos, des applications locales de glace et, au besoin, de l'opium et des calmants pour apaiser les douleurs.

Si on constate, après quelques semaines, la persistance ou l'augmentation de la tuméfaction observée, on n'aura plus le droit de compter sur la résorption et il deviendra logique d'évacuer l'épanchement. On cherchera ce résultat, surtout par la voie vaginale, toutes les fois que la chose sera possible : il est certain que l'on peut affirmer la bénignité de semblables interventions. Quant aux diverses affections que l'on observe comme complication de l'hématome ovarien, elles sont plus spécialement tributaires des eaux chlorurées-sodiques, de *Salies-de-Béarn* en particulier.

On ne devrait avoir recours à la laparotomie que dans les cas où l'hématome est très volumineux ou bien encore quand son siège élevé rend difficile l'abordage vaginal. On devrait avoir recours à la voie abdominale dans les cas d'hémorragie péritonéale consécutive à la rupture d'un hématome d'un ovaire.

Telles sont les règles que nous croyons pouvoir formuler pour les cas où le diagnostic aurait été fait d'une manière affirmative ou hypothétique. Mais nous avons vu dans le cours de notre travail que, bien souvent, les hémorragies ovariennes ont été confondues avec d'autres lésions de l'ovaire ou de la trompe, de sorte que dans la pratique, les indications suivies sont celles de la lésion annexielle à laquelle on a pensé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Félix GUYON. — (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie de 1859)

La pièce a été recueillie sur un cadavre de l'Ecole pratique ; on n'a pas de renseignements sur la malade. L'âge approximatif devait être de 30 à 35 ans. Il y avait eu certainement des enfants. L'utérus est de volume normal 0,062 dans sa cavité, dont 23 pour le col. La muqueuse du corps est rougeâtre, mais lisse, et d'épaisseur normale ; la femme ne paraît pas être morte au moment de ses règles. La muqueuse du col est normale ; elle offre un exemple très net de la déviation latérale, avec renflement inférieur des colonnes de vie. L'antérieure est à droite, la postérieure à gauche ; leur emboîtement parfait dans la partie supérieure du col, qui est par cela même fermé, ainsi que je l'ai décrit et donné comme disposition normale.

Les trompes sont libres d'adhérences et perméables, les veines des ligaments larges pleines de sang. L'ovaire droit est normal, porte des cicatrices nombreuses ; l'on ne voit, sur sa coupe, que des traces d'anciens corps jaunes. L'ovaire gauche est surmonté d'une tumeur, dont le volume égale celui d'une noix ordinaire ; elle occupe le bord supérieur de l'organe et empiète sur sa face antérieure, qu'elle recouvre.

Cette tumeur est noir rougeâtre ; elle ne présente sur aucun point de sa surface des déchirures ou traces de déchirures. Elle contient un caillot demi-consistant, lie de vin, qui, incisé, semble parcouru par des trabécules fibrineuses ; il s'énuclée, du reste, avec la plus grande facilité.

Le caillot remplit complètement et exactement la poche kysteuse, dont les parois étalées mesurent 62 millimètres. D'une couleur ardoisée, elles présentent des teintes qui varient du gris au noir ; leur épaisseur atteint à peine un millimètre ; elles sont souples et lisses. On peut, d'ailleurs, les séparer en deux feuillets distincts, parfaitement isolables, un externe fibro-séreux blanc, grisâtre ; un interne gris en dehors, noirâtre en dedans, c'est-à-dire sur celle de ses faces en contact immédiat avec les caillots.

Les deux feuillets sont reliés par un tissu lamineux lâche. L'ovaire présente des cicatrices très facilement appréciables sur sa face postérieure restée libre ; ainsi, sur cette face, on voit qu'il a conservé à peu près son volume, bien qu'il soit peu aplati d'avant en arrière. On y reconnaît une trace peu ancienne de corps jaune. Une adhérence très molle et filamenteuse part de l'extrémité antérieure de cette face et va se fixer au ligament large correspondant.

M. Robin, à qui j'ai fait voir la pièce, a bien voulu en faire l'examen microscopique, dont voici les résultats :

La trame de la paroi est formée de tissu cellulaire lâche, dont les fibres sont disposées en nappe plutôt qu'en faisceaux et faciles à séparer les unes des autres ; ça et là, se voit un peu de matière amorphe interposée. Ce qui frappe surtout, ce sont des trainées de couches et des amas de grains d'hématoxine interposés aux fibres ; les grains sont d'un petit volume, larges d'environ 1 à 0,006 de millimètre ; presque tous sont polyédriques, à angles arrondis, qu'ils soient disposés en séries, en amas ou en couches, ils sont partout contigus ; ils rendent à peu près complètement opaques les portions du tissu où ils se trouvent ; ils sont d'un rouge brun foncé, l'acide sulfurique du commerce les fait devenir immédiatement jaunâtres, et en peu

de temps, les dissout d'une manière complète. On aperçoit alors quelques gouttes graisseuses très petites dans la masse grisâtre gélatiniforme, en laquelle l'acide a transformé le tissu.

Dans le caillot, mêmes altérations de globules que celles décrites par M. Robin en 1856; les traînées grisâtres, circonscrivant des aréoles, étaient formées presque exclusivement de fibrine ayant encore conservé son aspect fibrillaire et se disposant facilement par la dilacération en filaments flexueux, incolores, présentant encore les filaments de la fibrine, coagulés depuis peu de temps. Cette pièce fournit évidemment un bel exemple de l'affection décrite en 1856 par M. Ch. Robin, sous le nom d'hémorragie des vésicules ovariennes. Nous y trouvons, en effet, tous les caractères donnés par M. Robin (v. *Mémoires et comptes rendus de la Société de Biologie*, année 1856, tome III de la 2^e série, p. 139 et suivantes). Nous insisterons surtout ici sur le volume du caillot qui, dans les cas observés par M. Robin, était notablement inférieur à celui-ci, et sur l'absence de déchirure de l'ovaire. M. Robin a eu surtout occasion d'étudier ces cas pathologiques chez des femmes mortes de fièvre typhoïde, d'affections éruptives, de pneumonie, de cirrhose; nous regrettons d'autant plus que l'état du sujet ne nous ait pas permis de remonter à la cause de la mort.

OBSERVATION II

J. BOLDT (New-York)

*Péritonite produite par la rupture d'un hématome de l'ovaire.
Laparatomie, guérison*

Boldt trouve autour d'une tumeur abdominale, occasionnant une douleur en croix, un ovaire gauche douloureux, avec trompe profondément située. L'ovaire semblait augmenté de volume et était très douloureux. Il évacue le pus contenu dans la trompe hypertrophiée. Malgré les applications de glace, les

injections de morphine, l'état de la malade s'aggrave, et l'on procède à une laparatomie. L'ouverture de la cavité abdominale donne issue à un liquide sanguinolent, peu coloré. On trouve dans le Douglas 200 grammes de sang et de caillots. Ovariectomie gauche. Abaissement du pouls et de la température pendant les 24 heures. Guérison complète.

Un peu au-dessus du point où cette opération a été pratiquée, on trouva une tuméfaction sombre, rouge brun, de la grosseur d'une cerise. Un tiers de sa périphérie était inclus dans le tissu ovarien, les deux autres tiers faisaient saillie librement dans la cavité abdominale. Il s'agissait d'un *hématome spontané*. Les recherches microscopiques montrèrent que cet hématome provenait de l'endothélium de l'ovaire.

OBSERVATION III

(*Centralblatt f. gyn.*, 1893, p. 492)

A la séance du 6 décembre 1892 de la Société de gynécologie de Berlin, Edebohls rapporte un cas d'hématome de l'ovaire gauche, compliqué d'hystéro-épilepsie. Après l'ablation de l'hématome, on constate la guérison de l'hystéro-épilepsie.

OBSERVATION IV

Hématome diffus de l'ovaire

(Séance du 12 juillet 1894 du Congrès de gynécologie de Dresde. Brosin)

Un kyste du parovaire, situé à droite, gros comme une tête d'enfant, avait subi avec l'ovaire une torsion de son pédicule (l'opération remontait à quatre semaines après la torsion). Conservé dans l'alcool, ce kyste présente un volume d'un œuf de poule. Les recherches microscopiques montrent qu'il est constitué par du sang, séparé par le stroma de l'organe.

L'utérus avait son bord droit tourné en avant, la tumeur

ovarienne, quoique formée par les annexes droites était située à gauche et atteignait la crête iliaque gauche, attirant le cœcum et l'appendice iléo-cœcal, aussi loin que le permettait le méso-colon.

La direction de la torsion était bien celle que le diagnostic ultérieur avait déterminée.

OBSERVATION V

(Centr. f. Gynécologie, n° 66, p. 695)

Herff (Halle) présente à la séance du 6 juin au 6^e Congrès de la Société allemande de gynécologie à Vienne, différentes pièces anatomiques dont un *hématome de l'ovaire*.

OBSERVATION VI

Hématome de l'ovaire chez un enfant nouveau-né

(Centralblatt f. Gyn., 1897, n° 10, p. 286)

Riedel rapporte le cas d'un hématome de l'ovaire observé chez un enfant sur qui on avait appliqué le cranioclaste, à la clinique obstétricale de Halle. Il est intéressant de noter, à propos de ce fait, que l'accouchement artificiel prématuré était motivé par un degré de prolapsus très avancé. L'accouchement durait du 7-25 décembre 1894. Enfin, on appliqua le cranioclaste et on pratiqua l'extraction. On trouva un hématome de l'ovaire gauche, qui remplissait tout l'organe et qui était recouvert par l'abbuginée. On ne trouva nulle part d'épithélium à tel point que l'on pouvait croire à un kyste de l'ovaire, à l'intérieur duquel une hémorragie se serait produite. Un examen plus approfondi révéla l'existence d'une apoplexie de l'ovaire, c'est-à-dire une hémorragie en nappe dans le stroma et non une hémorragie autour des follicules. Il est très possible que le prolapsus persistant pendant la grossesse ait produit une stase sanguine à laquelle on pourrait rattacher l'étiologie de l'hématome.

OBSERVATION VII

(*Centralblatt f. Gyn.*, 1897, n° 28, p. 207)

A la séance du 18 mai 1897, de la Société de gynécologie de Berlin, M. A. Martin présente une préparation d'hématome de l'ovaire, consécutif à une torsion du pédicule. Cette pièce présente des caillots sanguins d'âges différents qui sont très décolorés.

OBSERVATION VIII

(HANNECART. — *Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, 1900)

*Hématocèle intra-péritonéale consécutive à une rupture d'un
hématome de l'ovaire avec fibrome utérin*

Multipare de 40 ans. Depuis un an de fréquentes métrorragies, surtout entre deux menstruations. Récemment violente douleur au ventre, vomissements et évanouissement. Par la colpotomie on retira de grosses masses en partie semi-fluides, en partie de sang caillé. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des trompes et des ovaires. Guérison rapide.

L'examen des pièces montra un myome sous-muqueux. Dans les trompes enlevées, des caillots de sang. A l'ovaire gauche une cavité semblable remplie de sang dont les parois mesuraient plusieurs centimètres.

OBSERVATION IX

(DUDLEY. — *Proceedings of the New-York, patholog. Soc.*, p. 169)

Hématome de l'ovaire

Le docteur Dudley présente un exemple d'hématome de l'ovaire enlevé il y a une semaine chez une malade de 22 ans, malade qu'il soignait depuis une année. Pendant tout ce

temps, il utilisa une grande variété de traitement interne, avec des applications locales internes et externes, mais la malade ne fut pas soulagée de la douleur constante qu'elle ressentait à gauche, douleur qui augmentait d'intensité à chaque époque menstruelle.

On fit une incision exploratrice : l'ovaire gauche fut facilement enlevé et, en l'ouvrant, on trouva un hématome qui occupait la plus grande partie de l'organe, ce qui ne s'observe pas le plus souvent.

La malade est convalescente et jusqu'ici n'a plus ressenti les douleurs dont elle se plaignait avant l'opération.

OBSERVATION X

Une femme de 30 ans environ, entre à l'hôpital de Nantes, service des vénériennes (D^r Cochard), au commencement d'octobre 1882.

Traitée pour une métrite cervicale chronique, elle est prise tout à coup de fièvre avec pouls à 120, vomissements, ballonnement du ventre, bref, de tous les signes d'une métro-péritonite, puis d'une péritonite généralisée.

Elle succombe en six jours.

A l'autopsie, on trouve avec les lésions ordinaires d'une péritonite septique, un utérus sain renfermant un peu de liquide sanieux, verdâtre. La trompe gauche dilatée est pleine de pus. La trompe droite ne présente rien de particulier.

Dans l'ovaire gauche, très volumineux, on trouve une hémorragie assez considérable, qui occupe tout l'intérieur du bulbe ovarique. Le bulbe est détruit par le sang épanché. Cet ovaire est très adhérent au péritoine et aux ligaments larges auxquels il est uni intimément par de fausses membranes.

L'ovaire droit présente quelques points noirs qui sont autant de foyers *hémorragiques situés dans la partie bulbaire de l'ovaire*. Ce ne sont pas des follicules de de Graaf. Quelques-uns atteignent le volume d'une noisette.

OBSERVATION XI

(HOWARD-KELLY. — *New-Yorck, med. Journ.*, 1886, p. 222)

Hématome de l'ovaire avec trombe de Fallope adhérente

H. Kelly présente à la Société médicale de Philadelphie l'ovaire droit d'une femme de 21 ans. Cet ovaire a le volume et la forme d'une noix d'Espagne. Avant l'opération, le chirurgien avait exactement déterminé le volume et le siège de la tumeur.

Presque tout l'ovaire est rempli par un caillot, en partie mou, en partie ferme, fibreux en apparence.

Ce caillot est entouré par une coque de tissu ovarien normal en apparence, dans lequel on distingue un grand nombre de follicules et de corps jaunes. Des adhérences intimes relient l'extrémité de la trompe à l'ovaire, si bien qu'il est difficile de l'en séparer.

L'autre ovaire, normal en volume, contenait beaucoup de caillots noirs du volume d'un pois.

OBSERVATION XII

Rupture de l'ovaire pendant les règles. Hémorragie interne

A propos des hémorragies dans les follicules de de Graaf, Scanzoni rapporte le cas suivant.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qu'il vit « mourir subitement pendant ses règles, avec tous les signes d'une hémorragie interne ». L'autopsie démontra la présence dans l'ovaire droit, légèrement amplifié, d'une poche de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de sang coagulé, dans la paroi postérieure de laquelle se trouvait une ouverture d'environ 2 1/2 centimètres de largeur, au travers de laquelle environ 3 kilos de sang avaient pénétré dans la cavité abdominale.

OBSERVATION XIII

(LÉOPOLD. — *Archiv. fur. gyn.*, B. XIII, 1878)

Hémorragie et tumeur sang. de l'ovaire

Une femme de 28 ans, d'une santé parfaite jusque là, ressent tout à coup, pendant ses règles, à la suite d'un effort, une violente douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'apparaissent à droite de l'utérus, une tumeur arrondie, douloureuse, dont le volume atteint dès les premiers jours le volume d'un œuf de poule. Après quelques repos, la tumeur diminue et devient mobile; les douleurs cessèrent, mais pour reparaitre bientôt après, pour ne plus cesser pendant deux ans. A ce moment, la tumeur augmenta de volume, devint fluctuante et vint s'ouvrir dans le rectum. A la suite de suppuration prolongée, la malade finit par succomber à la tuberculose.

A l'autopsie, on trouve l'ovaire gauche du volume d'un œuf de poule et adhérent à gauche au rectum. Une perforation s'était produite en ce point.

OBSERVATION XIV (LÉOPOLD)

Une femme de 18 ans est prise brusquement, pendant ses règles, à la suite d'une grande fatigue, d'une grande douleur dans le ventre et la région sacrée, et aussitôt on constate au niveau de l'ovaire gauche l'apparition d'une tumeur atteignant environ le volume du poing d'un enfant.

A la suite de repos complet au lit, la tumeur rétrograda lentement, et 8 semaines après on ne constatait plus qu'un ovaire un peu augmenté de volume.

OBSERVATION XV (LÉOPOLD)

Une femme de 28 ans, ayant eu 5 enfants, ressentit tout d'un coup à la suite d'un effort violent, une vive douleur

dans le bas ventre. On constata alors une tumeur du volume du poing occupant la région de l'ovaire gauche. Cette tumeur est presque ronde, un peu irrégulière cependant, peu douloureuse, quelque peu mobile. Elle repousse l'utérus sur la droite. L'écoulement utérin ne s'était pas arrêté et persista avec plus ou moins d'abondance pendant huit semaines. Au bout de trois mois de repos absolu, la tumeur diminua. A ce moment, ce n'était plus qu'une grosseur du volume d'une petite pomme, mobile, dure, qui resta par la suite sans modification.

OBSERVATION XVI

(Rédigée par le Professeur TERRIER)

Hématomes des deux ovaires. Laparotomie, ablation des ovaires et des trompes. Guérison

Mlle G..., 29 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs parfois atroces au moment des règles, douleurs qui déterminent des accidents péritonitiques.

Dans son enfance, vers 5 ans, maladie d'yeux qui dura trois années, probablement une kérato-conjonctivite.

Rougeole dans l'enfance, petite vérole légère en 1870.

Les règles apparaissent à 12 ans, elles ne sont pas douloureuses et le plus souvent Mlle G..., n'y faisait aucune attention ; elles étaient peu abondantes et duraient de deux à trois jours.

En 1882, Mlle G..., commence à souffrir au moment des règles, le ventre était volumineux, et la malade devait se coucher pendant la période menstruelle. Du reste, les règles étaient plus abondantes, et duraient jusqu'à huit jours ; pendant deux et trois jours, la perte de sang était assez notable, ce qui soulageait un peu la malade. Parfois, les douleurs et les accidents péritonitiques s'accompagnaient de vomissements ; souvent il y avait du ténesme rectal et des envies fréquentes d'aller à la garde robe, avec diarrhée.

Parfois, même [entre les époques, Mlle G... ressentait dans le ventre de violentes douleurs qui duraient plusieurs heures, puis se calmaient par le repos au lit et la chaleur.

Mme Alliot, sage-femme, qui vit la malade, diagnostiqua un fibrome utérin et conseilla Salies de Béarn.

En effet, depuis 1887, Mlle G... s'était aperçue de l'existence d'une tumeur siégeant à l'hypogastre et s'étendant un peu vers la gauche de cette région, du côté de la fosse iliaque correspondante, au-dessus de l'arcade crurale; cette tumeur très dure, devenait très douloureuse pendant les règles.

Le professeur Richet fut consulté en janvier 1888 et confirma le diagnostic de la sage-femme.

Le 17 mai 1888, je vis Mlle G... pour la première fois et constatai, par le palper abdominal, l'existence de deux tumeurs, l'une droite peu volumineuse et ayant à peu près les dimensions d'une petite orange; l'autre gauche bien plus grosse, allongée parallèlement à l'arcade crurale et manifestement fluctuante.

Par le toucher possible, quoique la malade fût vierge, combiné au palper, on constate que ces tumeurs sont placées sur les parties latérales de l'utérus et que cet organe est manifestement bourré de fibromes. Etant donnés les antécédents et les accidents douloureux des règles, je pensai à deux *hémophilungites*.

Dans le but d'affirmer ce diagnostic, je pratiquai le 21 mai 1888, une ponction aspiratrice dans la tumeur la plus volumineuse, celle de gauche; j'en retirai au moins un verre à boire, de sang épais, noirâtre, absolument inodore et qui bientôt prit une belle teinte rutilante au contact de l'oxygène de l'air.

Je crus donc confirmer mon diagnostic par cette ponction.

Les règles qui suivirent apparurent vers le milieu de juin; elles furent très douloureuses, et la malade se plaignit alors de véritables crampes douloureuses, certainement dues à des coliques utérines.

En présence de ces accidents, on résolut d'enlever les deux trompes malades et les deux ovaires.

Opération, le 21 juin 1888, avec des instruments stérilisés par M. Poupinel, et l'aide de MM. Berger, Périer et Quénu.

Incision sous-ombilicale, qui saigne pas mal, si bien qu'une dizaine de pinces hémostatiques sont utilisées. On coupe le tissu graisseux sous-péritonéal, et on ouvre le péritoine au bistouri d'abord, puis avec des ciseaux mousses. Il y a *un peu d'ascite claire*. La tumeur située du côté gauche apparaît de suite; vers la ligne médiane est l'intestin iliaque et, à droite, une autre tumeur d'aspect kystique.

A gauche, la tumeur du volume du poing est isolée en dedans et en arrière de ses adhérences épiploïdes et intestinales. En dehors on peut constituer un pédicule utéro-ovarien, qui est saisi par une pince courbe. En avant rampe la trompe, adhérente à la tumeur, mais très distincte cependant. Jusqu'ici tout a pu être décollé sans ouvrir le kyste dont la paroi mince montre par place un contenu noirâtre, sanguin, mais en décollant profondément entre les lames du ligament large correspondant, la tumeur se rompt et le liquide couleur sépia, s'écoule par l'ouverture. On éponge et dissèque peu à peu la tumeur, enfin on arrive à constituer le pédicule utérin qu'on saisit avec une pince courbe. La tumeur et la trompe sont alors enlevées. On fait une toilette minutieuse et une ligature en x du pédicule utéro-ovarien et du pédicule utérin. Les fils sont laissés en place pour s'assurer ultérieurement de la valeur de l'hémostase.

On passe alors à droite; la tumeur est aussi absolument distincte de la trompe, qui montre son pavillon intact et est située en avant de la masse d'aspect kystique.

On détache en dedans quelques adhérences à l'utérus volumineux et bourré de fibromes et à l'intestin iliaque. Puis, pour faciliter les manœuvres, on ponctionne la tumeur au bistouri et il en sort un jet (environ un grand verre) de liquide noirâtre, qui n'est autre que du sang altéré. Ceci fait on peut

constituer d'abord un pédicule utéro-ovarien peu volumineux ; puis après avoir énucléé la tumeur des deux lames du ligament large on arrive au pédicule utérin.

Le premier (pédicule utéro-ovarien) est lié avec un seul fil de soie.

Le deuxième (pédicule utérin) est lié avec deux fils entrecroisés en x.

La tumeur est alors enlevée avec la trompe correspondante. Toilette soignée du péritoine des deux côtés de l'utérus fibroïde ; un petit vaisseau des adhérences utérines est obstrué à l'aide d'une anse de catgut fin passée dans le tissu utérin avec une petite aiguille de Reverdin.

Chaque pédicule est réséqué et touché avec un peu de solution phéniquée forte (20°), de plus les fils sont réséqués courts.

Undrain est placé à gauche de l'utérus vers le premier pédicule fait ; il sort tout à fait en bas de la plaie abdominale.

Suture de la paroi, avec huit fils d'argent profonds et huit crins de Florence superficiels.

Durée 50 minutes. On utilisa le spray.

Pansement de Lister complet.

Le 21 au soir. La malade a un peu souffert du ventre, T° 37°, 8. Quelques nausées, 200 grammes d'urines troubles.

La convalescence a été excellente et le 3 août 1888, Mlle G. part pour la campagne, complètement guérie.

Examen histologique de l'observation de M. Terrier

Les parties enlevées ont été soumises à l'examen du Dr Poupinel qui nous a remis la note suivante :

« Les deux tumeurs soumises à notre examen sont de volume inégal, la plus grande présentant le volume d'une grosse orange, la plus petite celui d'une petite pomme. A chacune des deux tumeurs est accolée la trompe correspondante qui lui adhère sans néanmoins être fusionnée avec elle. La trompe qui est reliée à la plus grosse des deux tumeurs

est très notablement augmentée de volume; elle est aussi grosse que le doigt indicateur. L'autre trompe est de dimensions normales, bien que repliée sur elle-même et rattachée à la tumeur par plusieurs brides fibreuses résistantes.

« La plus grosse des deux tumeurs (qui siégeait à gauche de l'utérus) présente à considérer deux cavités, dont la principale a été déchirée pendant l'extraction. La face interne de cette cavité principale, qui au premier abord paraît constituer toute la tumeur et présente quelques petits diverticules, est lisse et diversement colorée par le sang qu'elle contenait (liquide brun noir, épais, évacué pendant l'opération).

Dans l'épaisseur de la paroi existe une autre poche plus petite, irrégulière; dans cette petite cavité nageait une petite masse de sang concret, mobile, du volume d'un haricot.

L'épaisseur de la paroi de la grande cavité varie de 2 à 3 millimètres à 1 centimètre. Les parois de la petite cavité mesurent de 2 à 4 millimètres d'épaisseur. L'épaisseur de ces parois est la plus grande au voisinage de la trompe vers le hile de la tumeur.

Les cavités kystiques paraissent par conséquent s'être développées dans la partie libre de l'ovaire (couche ovigène). La texture des parois kystiques paraît dure et résistante : au point le plus épais, elle paraît comme stratifiée.

La tumeur du côté droit, beaucoup plus petite, présente le volume d'une petite pomme, elle comprend comme la précédente une poche principale et une autre plus petite, grosse comme une noisette, absolument pleine de sang coagulé, séparée de la principale par une cloison de 1/2 à 1 millimètre d'épaisseur. Dans la paroi, au voisinage de cette masse hématique et faisant une légère saillie à la surface de la tumeur existent deux petits kystes transparents à contenu clair, incolore, coagulable par l'alcool, et ressemblant à des ovisacs parvenus à la moitié de leur développement normal.

Définition histologique. — De l'examen microscopique des fragments pris en divers points des deux tumeurs, nous

croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes : les deux tumeurs, sont constituées aux dépens de l'ovaire. Nous avons pu en effet trouver dans le stroma fibreux et vasculaire des tumeurs, à la périphérie des kystes, des ovisacs en assez grand nombre. Les cavités dont sont creusées les tumeurs sont les unes, les plus petites, des follicules de Graaf normaux; les autres sont vraisemblablement des follicules dilatés par des hémorragies produites dans leur intérieur; de volumineux et nombreux capillaires sanguins s'avancent jusque tout près de la surface interne des cavités. Sur une cavité moyenne (celle qui est remplie de sang coagulé), nous avons pu retrouver à la périphérie du caillot qui le remplit, des traces du revêtement épithélial du follicule, sur les autres cavités plus grandes, il nous a été impossible de retrouver une trace quelconque du revêtement épithélial. Il nous semble trouver réunies dans ces pièces les diverses phases de la distension des follicules de Graaf par des hémorragies internes. L'épaisseur et la densité des parois kystiques sont telles qu'elles suffiraient à expliquer l'indéhiscence des follicules. »

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le Dr A. POLLOSSON)

Juliette L..., âgée de 27 ans, couturière, est entrée le 19 mars 1902, à la salle de clinique. Cette femme n'est pas mariée, n'a jamais eu de grossesse, pas de fausse couche, ni aucune maladie antérieure importante.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, même ces derniers temps, jamais d'anomalies, de retard ni de prolongation des règles, quelques pertes blanches peu importantes.

La malade a commencé en mai 1901, c'est-à-dire depuis un an, à ressentir des douleurs siégeant dans le bas ventre, du côté droit, dans les reins et parfois un peu dans la cuisse droite. Ces douleurs survenaient surtout à l'occasion de la marche ou du travail; elles ont débuté d'une façon progressive au mois de

mai 1901. En juillet 1901, elles ont été très violentes pendant trois jours, puis se sont atténuées. Depuis le mois de février 1902, elles sont de nouveau devenues plus fortes; la malade a dû cesser son travail et garder le repos.

Jamais de troubles de la miction, constipation habituelle avec selles parfois douloureuses.

A l'examen, on constate un utérus en rétroversion très prononcée. Le corps utérin est appréciable surtout par le toucher rectal; le col, qui est dirigé en avant, se trouve situé assez haut derrière la symphyse. Par le palper bi-manuel, on sent, à droite et en avant de l'utérus, une masse dure, du volume d'un gros œuf de poule, douloureuse au toucher, peu mobilisable. Cette masse semble adhérer à la face latérale droite et antérieure de l'utérus qui est refoulé par elle en arrière et un peu à gauche.

Le toucher rectal confirme, en les complétant, les renseignements que nous venons de donner. On constate que la tuméfaction latéro-utérine présente quelques irrégularités soit dans sa forme, soit dans sa consistance.

Etat général assez bon. Pas de fièvre.

M. le Dr Pollosson pense à une annexite chronique et considère comme probable qu'il s'agit d'une salpingite tuberculeuse.

La malade est opérée le 9 avril 1902. Laparatomie médiane. On tombe sur un kyste hématique de l'ovaire droit du volume d'une mandarine, kyste qui se rompt pendant les manœuvres d'extraction. On enlève la trompe et l'ovaire du côté droit. Au niveau de la corne utérine droite, on constate la présence d'un petit fibrome de la grosseur d'une noisette : on en fait l'ablation. Ligature des pédicules à la soie. On laisse un drainage à la Mickulitz. On ne touche pas aux annexes gauches qui sont saines.

Les suites opératoires ont été simples et la malade sort guérie le 9 mai 1902.

La pièce a été examinée par M. le Dr Jamain. On constate, en dessous de la trompe dont les parois sont un peu hyper-

trophées et qui est flexueuse, une poche constituée par l'ovaire. Son volume est celui d'un œuf de poule; les parois sont épaisses, constituées par le tissu de l'ovaire lui-même infiltré et épaissi. A l'intérieur de cette poche qui s'est ouverte pendant l'opération et de laquelle s'est écoulé du liquide hématique, on constate la présence de sang coagulé, de couleur noire. Lorsqu'on a enlevé ce sang, on arrive sur la surface de la poche qui est tomentense, irrégulière. On ne voit pas, sur aucun point, l'origine de l'hémorragie qui a dû se faire en nappe. On trouve à la réunion de l'utérus à la trompe, un fibrome de la grosseur d'un œuf d'oiseau.

CONCLUSIONS

I — Les hématomes de l'ovaire, quoique longtemps ignorés, n'en constituent pas moins un fait d'observation clinique et surtout anatomique qui paraît aujourd'hui difficilement discutable.

II — On les voit survenir sous l'influence de causes mécaniques et pathologiques dont l'action ne paraît effective que par l'*existence concomitante* de la menstruation.

III — Les hématomes de l'ovaire peuvent, au point de vue anatomique, siéger soit dans l'intérieur des follicules (et c'est le cas le plus fréquent), soit dans les corps jaunes, soit dans le stroma ovarien lui-même. Leur étude microscopique permet de les classer en deux catégories : les hématomes pourvus d'épithélium et ceux qui n'en possèdent pas.

IV — Par l'étude de la symptomatologie, nous voyons qu'il n'y a pas un symptôme pathognomonique : les

caractères physiques de la tumeur ne présentant rien de bien particulier. Les conditions d'apparition et son évolution, en général bénigne, sont les meilleurs signes diagnostiques.

V. — Le traitement sera purement médical au début et ce n'est que si la résolution ne se produit pas que l'on se résoudra à une intervention chirurgicale.

Vu :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 Décembre 1902.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERS (J.-F.-H.). — Die Blutgeschwülste in der Eierstocken. Deutsche Klinik. Berl. 1853, v. 252-254.
- BOLDT (H.-J.). — Ovarian abcess. Am. J. Obstr. N.-Y., 1888, XXI, 511.
- Centralblatt für Gynæcologie*, n° 23, 1891, p. 480; 1893, p. 492; n° 21, 1894, p. 171; n° 26, 1895, p. 695; n° 10, 1897, p. 286; n° 28, 1897, p. 207.
- DOLÉRIS et PETIT. — Kystes hémorragiques de l'ovaire. *Soc. Anat.*, fév. 1888, 201.
- DORAN (A.). — Small spherical tumour in the substance of left ovarian lig., *Lancet-London*, 1887, 573.
- DUDLEY. — Hématome of ovary. *Proc. N.-York. Pathologie*, Soc. 1887-1888, 169.
- FORDYCE. — Péritonite mortelle, suite apoplex. ovar. pend. période menstruelle. *N.-York Méd. J.*, 16 fév. 1889.
- FOWLER. — Ruf of ovarian pampinif plexus. Tatal hemorrhage. *Ann. Anat et Surg. Soc. Brooklyn*, 1880, 67.
- FRÄNKEL. — Ueber Stieldrehung an Ovarien. *Archiv. f. pathol. Anat. Berl.* 1883, 499-522.
- GALLARD. — Lès. anat. de l'ovarite. *France méd.* 1885.
- GALLARD. — Leç. clin. maladie des ovaires, 1880.
- HANNECART. — *Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, 1900, n° 1.
- HÖRING. — Apopl. ovaire. in Leopold, *Arch. f. Gynecol.* 1878, p. 300.
- HUNTER. — Petit k. ovarique avec hémorrag. d. cavité. Ovariectomie Guérison. *Obstr. Soc. N.-York*, mai 1886.
- M. D. JOHNES. — Points of practical interest in sirurgical gynæcology. *Edinb. M. J.* 1900, n. s. VIII, 117-129.
- KELLY. — Hematome de l'ovaire avec trompe adhérente. *Obstr. Soc. Philadelphie*, fév. 1886 et in *N.-York J.* 1886, 222.
- KUHN. — Des hématomes du ligament large. *Th. Zurich*, 1874.
- LÉOPOLD. — Hémorrag. et Tum. sans ovaire. *Arch. für gynæcol. B XIII*, p. 300, 1878.

- MARTIN — Und G. Orthmann. Die Krankheiten der Eir-
stöcke und Nebencierstöcke. S. 174.
- NÉLATON. — Des hém. sanguines du pelvis. *Gar.-Hôp.*, 1851,
p. 61.
- NÖGGERATH. — Origine vasculaire de certains cas de l'ovaire.
Amer. J. of obstetrics, XIII, 1880, 1.
- OLSHAÜSEN. — Krankheit. des ovarien, 27.
- OSLER (W.). — Rupt. follicle in ovary. Peritonitis. *Montreal
Gen. Hosp. Report*. 1880, 1, 331.
- PUECH. — Apoplexie des ovaires. *Montpellier méd.* 1858.
- PILLIET. — Dans traité de gynécologie de Labadie-Lagrave et
Legueu. Ovarites.
- ROBIN (Ch.). — Note sur les hémorragies des vésicules
ovariennes. *B. Soc. Biologie*, 1856, 139.
- ROLLIN. — Des hémorragies de l'ovaire. *Th. Paris*, 1889.
- SÄNGER. — Demonstrat. einer Kindskopfgrossen Blutcyste des
linken ovarien. *Centralbl. für gynäcol.*, 23 fév. 1889,
p. 134.
- SCANZONI. — Traité prat., maladies org. sexuels femmes.
Traité Dor-Socin.
- SCHRÖDER. — Krankheiten des weibl. geschlectorg, 8^e édit.
- DE SINÉTY. — Traité de gynécologie.
- SNOW BECK. — Hématome pelvien avec remarques sur la
source de l'hémorragie. — *Transact. of obstet. Soc.
London*, 1873, 260.
- SLAVJANSKY. — Die Entzündung der Eierstöcke. *Arch. f.
Gynæcol. Berl.* 1871, 2, 183-184.
- TIIT. — Diseases of Women, London, 1853.
- VIGUES. — Tum. sanguine du pelvis.. — *Th. Paris* 1851 et
Rev. méd. chir. 1851, 215.
- WALTER (N.-B.). — Death from hémorr. of the ovary. *Méd.
bul. Philadelph.*, 1881, 181.
- VEIT. — Ueber einige bemerkenswerthe Ovariomotien. *Berl.
Klin. Wochens.* 1876, 717, 736, 751.
- VELITS. — *Orvosi Netil. Budapest*, 1886, 557-562.

